



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1939, 16(5): 876-886

ISSUE DATE:

1939-09-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205114>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

兩側聽力障礙，失調症其他ヨリ成ル症候群ニ就テ

荒 木 千 里 (昭和14年7月12日新潟神經學研究所演)

私ハ先頃『小腦々橋隅角部腫瘍ト鑑別スベキ一側性多發性腦神經炎』ト題シテ一側隅角部症候群ヲ呈スル非腫瘍性ノ多分炎症性ナル疾患ニ就テ小報告ヲナシタ(日本外科寶函, 第16卷, 第3號, 昭和14年5月, 第449頁)。之ハ從來 Cisterna lateralis ノ慢性蜘蛛膜炎ト云ハレタモノニ一致スルと思フガ, 之ヲ特ニ多發性腦神經炎ト稱シタ所以ハ私トシテ多少考ヘル所ガアツタカラデアル。即チ從來コノ種疾患ヲ蜘蛛膜炎ト呼ンダ根據ハ手術時肉眼的ニ i) 此部ニ大量ノ腦脊髄液ノ潑溜アリ, ii) 蜘蛛膜ニ何程カノ肥厚アリ, iii) 組織學の所見ガ炎症性變化ニ相當スルトイフ點ニアツタ。併シ之丈ケノ變化ノ爲ニ吾々ノ經驗シタ様ナ腦神經麻痺(ソノアルモノハ恢復不能ト思ハレル)ガ起リ得ルデアラウカ。少クトモ私ニハ夫ハ信ジ難イ事ニ思ハレタ。モトヨリ Cisterna lateralis ニ於ケル蜘蛛膜囊腫ノ形成ハ少クナイ。私ハ聽神經腫瘍ニ合併セル此種ノ囊腫ヲ經驗シタガ, 併シ夫ハ決シテ單ナル腦脊髄液ノ大量潑溜トカ, 蜘蛛膜ノ多少ノ肥厚トカ云フ様ナ漠然タルモノデハナク, 極メテ「ハツキリ」シタ, 即チ完全ニ閉鎖サレタ蜘蛛膜囊腫デ, ソノ内容ハ最早普通ノ腦脊髄液デハナク, 丁度脊髓腔閉塞ノ際ニ見ラレル Froin 症候群ノ更ニ高度ナルモノデ, 黃色調ノ強イ内容液ハ囊腫ヲ破ルト殆ンド同時ニ寒天様ニ凝固スルモノデアツタ(日本外科寶函, 第16卷, 第4號, 昭和14年7月, 第643頁)。斯ル囊腫ナレバ兎ニ角, 單ニ「腦脊髄液ノ大量潑溜」位ノ事デソレ程強イ腦神經麻痺ガ果シテ二次的ニ起リ得ルカ如何カ。假リニ之ガ云ハル、如ク蜘蛛膜炎デアツタニシテモ夫ハ寧ロ一次的ナル多發性腦神經炎ニ續發シタ炎症(或ハソノ後遺狀態)デハアルマイカ, ト疑ハレルノデアル。何レニシロ症候的ニ明白ナル事實ハ隅角部ノ諸腦神經ノ麻痺デアルカラ差シアタリ多發性腦神經炎ト呼ブコトニシタノデアツタ。

ソレハ兎ニ角トシテ先キ小報告デ取扱ツタモノハ, 片テ一側性ノモノデアツテ, ソノ點ガ聽神經腫瘍トノ鑑別ニ意義ヲモツト考ヘタノデアルガ, 當時既ニ兩側ノ聽神經麻痺ト爾他2, 3ノ腦神經麻痺及ビ失調症ヲ訴ヘル例ヲ經驗シ, 之ガ上述ノ多發性腦神經炎(或ハ蜘蛛膜炎)ノ兩側性ニ來タ病型デハアルマイカト考ヘテ居タガ, 其後此種ノ兩側性變化ヲ呈スル例ヲ重ネテ經驗スルニ及ビ, 之ガ如何ナル疾患カヲ突止メタイ希望ニ驅ラレタ。殊ニ此等ノ患者ガ小腦又ハ其ノ附近ノ腫瘍デハナイカト疑ヲ以テ私ノ所ニ送ラレタモノデアルコトヲ考ヘルト, 此際何ントカ『ハツキリ』シテ置キタイノデアル。神經外科醫トシテハ『腫瘍ニ非ズ, 手術適應ナシ』ト診斷シタダケデー應役目ハ濟ム様ナモノハ, 夫デハ矢張り面白クナイノデアツテ, 『腫瘍ニ非ル如何ナル疾患カ』ヲモ知リタイノデアル。茲ニ簡單ニ報告シテ諸家ノ御經驗ヲ伺ヒタイ所以デアル。

第1例 面〇文, 32歳, 女 (昭和14年8/III入院)

現病歴: 1昨年10月(約1年半前)顔面ノ疼痛, 腫脹ヲ來シ兩側ノ耳鳴ガ強カツタ事ガアルガ、之ハ暫クデ癒ツタ。昨年1月頃(約1年2ヶ月前)ヨリ特ニ誘因ラシイモノナクシテ、次第ニ兩側ノ難聴ヲ來シ、約2ヶ月來殆ソド聞エナイ位ニナツタ。其間屢々兩側ノ耳鳴ヲ來シタ。難聴ガ現ハレタ頃ヨリ兩眼ノ視力障礙ガアリ、且ツ上眼瞼ガ少シク下垂シ小鼻ガ動カナクナツタ事ニ氣付イタ。又液體ヲ攝ル時ニソレガ右口角部ヨリ洩レルコトガアル。尙發病當初ヨリ歩行ガ「ヨロメキ」¹、物ニ躓キ易ク、或ハ履物ガ脱ゲ易クナツタ。約半年前ヨリ少シ舌ガ廻リ難イ。月經ハ3年前分娩シテ以來ズツト閉止シテ居ル。

現症: 1) 右側ニ輕キ嗅覺障礙アリ。2) 右瞳孔ガ左ヨリ小サイ、對光反應ハ正常。兩側視神經ノ輕度ノ一次の萎縮、中心暗點アリ。周邊部視野ニハ變化ハナイ。鬱血乳頭モナイ。3) 眼球ヲ左右特ニ右ヘ向ケル時ニ水平性眼球震盪症ガ現ハレル。4) 兩側顔面神經上肢領域ノ運動不充分。右下肢モ輕キ不全麻痺アリ。5) 右顔半面ニ輕キ知覺麻痺アリ。6) 兩側トモ高度ノ聽力障礙アリ。特ニ右ガ強イ(中心性聽力障礙)。caloric nystagmus ハ右側ニ出ナイ。7) 自覺の嚥下障礙、言語障礙ヲ訴ヘタ事ガアルガ他覺のニハ舌咽、迷走、舌下神經ニ異常ヲ認メナイ。唯舌ノ運動ガ多少緩慢デアル。

以上腦神經ノ變化ハ I, II, V, VII, VIII 神經ガ兩側特ニ右デ侵サレテキル所見デアルガ、第 VIII 神經ノ高度ナル變化ニ對シ他ノ腦神經ノ侵サレ方ハ極ク輕度デアル。

8) 失調症狀トシテ兩側トモ指一鼻、指一指檢査失調性。Adiadochokinesis 兩側トモ陽性。Romberg (+)。一足起立ハ眼ヲ開イテモ困難。右後方ヘ倒レル。歩行ハ多少蹣跚。9) 四肢ノ運動、知覺麻痺ナシ。反射運動ニ異常ナシ。10) 腦脊髄液ハ初壓170、水様透明、細胞2—4、¹グロブリン¹反應(-)、²氏反應(-)、即チ異常ヲ認メナイ。11) 腦室撮影。兩側後角穿刺ニヨツテ空氣 35cc 注入、操作中空氣ハ腦室系ヨリ蜘蛛膜下腔ニ容易ニ通過ス(之ハ操作中ノ頭痛ト寫眞所見ヨリ判定)。寫眞ニハ腦室系ノ變化ヲ認メズ。12) Stenvers 位撮影頭蓋¹線像ニテ内聽道口ノ擴大ヲ認メズ。

以上ノ如キ患者デアルガ、之ニ對シテ考ヘラレル事ハ

1) 聽神經腫瘍ガ兩側ニ發生シ得ルガ、内聽道口ノ擴大ナク、又ソレニシテハコノ例ノ如ク隣接腦神經モ侵サレル様ナ時期デハシルヴィウス導水管部ニ於ケル多少ノ通過障礙、從ツテ腦室ノ擴大ガ多少アツテヨササウデアルガソレガ全然認メラレナイ。2) 小腦腫瘍デスノ如キ高度ノ聽力障礙ヲ來スコトハナイ。3) 腦橋¹グリオーム¹デモ著明ナル聽力障礙ヲ來スコトハ經驗サレテ居ナイ(P. Bailey et al: Intracranial Tumors of Infancy and Childhood, University of Chicago Press)。4) 腦炎ノ後遺症トシテ斯ル症候群ヲ呈スルコトアリト云フガ、此例デハ腦炎ノ既往歴ハナイ。5) 腦脊髄液、血液ノ²氏反應トモニ陰性デ微毒性疾患ハ考ヘラレス。

結局『腫瘍デハナイ、何カ慢性炎症性疾患デアラウ』ト考ヘタガ原因ハ不明デアル。丁度一側性多發性腦神經炎ノ原因ヲ明カニシ得ナカツタノト同様デアル。ソレデハ如何ナル部位ノ病變カ。聽神經ニ就テ考ヘルニ、蝸牛殼神經ト前庭神經トガ共ニ侵サレテ居ル點ヨリ見テ、如何シテモ内耳ヨリ聽神經根迄ノ病變ヲ考ヘナクテハナラナイガ、隣接腦神經モ共ニ侵サレテキル點ヨリ、此等ノ腦神經ガソノ根部即チ頭蓋底部(腦實質外)、更ニ換言スレバ Cisterna lateralis 部デ侵サレテ居ルト考ヘルヨリ他ハナイ。此推定ニ對シテ本例ニ於ケル失調症狀ガ小腦性デハナイカトモ考ヘラレル點説明困難ノ様ニ見エルガ、之ハ前庭神經麻痺カラデモ説明出來ヌ事ハナイ。

		純 前 庭 神 經 系 性	純 小 腦 性
姿 勢		通常非對稱的ナリ	非對稱的ナルコトハ稀ナリ
	頭 部	通常頭ヲ一側ヘ捻轉ス	通常變化ナシ
	四 肢	一側屈曲, 他側伸展トイフ如キ左右ノ差違アリ	變化ナシ
	軀 幹	一側ヘ向ツテ彎曲スルコトアリ	變化ナシ
固キ面トノ接觸運動 (歩行, 攀上運動)		顛倒, 偏倚	顛倒, 偏倚 (併シ之デハ筋運動失調ニヨルモノナルコトが見テワカル)
空中水中ニ於ケル運動 (ジャンプ ¹ 其他)		指南錯誤, 偏倚, 旋回	正常
身 體 一 部 ノ 運 動	1) 頭以外ノ體部	運動調節良好 Ataxia (－) Dysmetria (－)	失調性 Ataxia (+) Dysmetria (+)
	2) 眼	自發性眼球震盪アリ, 人爲の眼球震盪ニ變化アリ。Fasciculus longitud. post. ニ變化ヲ來セルトキニハ眼球ノ運動失調アリ	自發の眼球震盪ナシ。人爲の眼球震盪ニ變化ナシ。眼球運動調節正常
	3) 筋「トームス」	不定。トームス ¹ 低下スルコトアリ	不定。トームス ¹ 低下スルコトアリ
	4) 腱 反 射	不定。腱反射減弱スルコトアリ	不定。腱反射減弱スルコトアリ
	5) 特 殊 反 射	迷路性又ハ體位反射ニ通常變化アリ	正常

A. Ferraro 及ビ S. E. Barrera ノ猿ニ於ケル實驗 (Arch. Neurol. & Psychiat. Vol. 39, pp. 902—918, 1938) ニヨレバ前庭神經性失調症ト小腦性失調症トノ差違ハ長ノ如クデアルガ, 人間デハ Barany 検査ヲ除キ臨床的ニ必ズシモカク判然タルモノデハナイ。從ツテ小腦疾患デ屢々自發的の眼球震盪ガ起ルシ, 又前庭神經系疾患デ指一鼻, 指一指検査ガ失調性ナルコトハ, 前庭神經疾患デ Vorbeizeigen ガ著明ニ出ルコトカラデモ容易ニ理解シ得ヤウ。假リニ本例ノ失調症ヲ説明スル爲ニ前庭神經性病變ノ他ニ如何シテモ小腦ノ病變ヲモ考ヘネバナラヌトシテモ第2例デ立證サレル様ニ病變ガ Cisterna lateralis カラルシユカ孔ヲ經テ第IV腦室ニ波及シタト考ヘレバ説明ハ困難デハナイ。

又本例ニ於ケル腦神經麻痺ノ中, 何故ニ聽神經ノミガ強ク侵サレテキルカニ就テハ説明困難デアルガ, 併シコノ様ナ事實ハ Cisterna lateralis ノ所謂蜘蛛膜炎ノ際ニモ屢々經驗サレテキル事デ, 敢テ稀シイコトデハナク, コレアルガ故ニ特別ナル原因ヲ求メル必要ハナイノデアル。

結局コノ例ハ Cisterna lateralis ノ所謂蜘蛛膜炎ガ兩側性ニ來タモノト考ヘテ差支ヘナカラウト思フ。

其後ノ經過ハ6月30日(3ヶ月半後)ノ手紙ニヨレバ, 難聴及ビ耳鳴稍輕快, 歩行モ大分「ヨロツカヌ」様ニナリ, 液體ヲ嚥ム際ニ「ムセル」ノモ少クナツタ。併シ前額部筋運動障礙ハ輕快セズ; 眼瞼下垂ガアツテ上ヲ見ルノガ依然トシテ困難ナリトイフ。要之, 多少輕快ノ傾向アリ, 少クトモ増惡進行的デナイコトハ間違ナイ様デアル。

第2例 河〇リ〇子, 20歳, 女 (昭和14年27/V入院)

主訴: 兩側難聴及ビ起立歩行不能。

現病歴: 16歳ノ頃(4年前)ヨリ兩耳ノ輕イ難聴ヲ來シ, 時折耳鳴アリ。18歳ノ1月(約2年前)局所ニ特別ナル病變ナクシテ兩足尖部デ爪ヲ引拔カレル様ナ激シイ疼痛ヲ來シ, ソレガ約2ヶ月間持續シタ。其後兩下肢ノ運動ガ思フ様ニ行カズ, 下肢ガ脱ゲ易クナツタ。19歳ノ3月(1年前)兩側難聴ノ程度ガ増惡シ, 本年1月下

句カラ兩側トモ全然聞エナクナツタ。且ツ歩行ガ出來ナクナツタノミナラズ、 \angle ヨロヨロ \angle シテ起チ上ルコトモ出來ナクナツタ。尙最近ハ言語モ稍不明瞭デアル。

現症: 1) \angle ヨロメキ \angle 爲ニ起立不能。膝マヅイテ立ツ事モ出來ナイ。坐ル事ハ出來ルガ、眼ヲ閉ヂルト途端ニ \angle ヨロメキ \angle 倒レル。從ツテ患者ハ常ニ臥床シテキル。2) 兩側トモ聽力全ク喪失(空氣並ニ骨傳導共)シ、caloric nystagmusモ全然現ハレナイ。即チ蝸牛殼神經、前庭神經共ニ全ク機能ヲ失ツテキル。3) 左三叉神經運動枝及ビ左顔面神經全枝ノ不全麻痺。4) 左舌下神經ニモ不全麻痺アリ。5) 四肢ノ筋緊張ハ低下シ且ツ腱反射ハスベテ減退シテキル。異常反射ハナイ。6) 四肢ノ知覺検査困難ナルモ兩側特ニ右側デ深部知覺ガ多少侵サレテキルノデハナイカト思ハレル。併シ明カデハナイ。7) 眼底ニ異常ハナイ。

以上要スルニ高度ノ失調症特ニ體平衡性失調症及ビ兩側ノ聾ヲ主徴トシテ居ルモノデアツテ、尙2,3ノ隣接腦神經モ侵サレテ居ルガ、コレハ極メテ輕微デアル。即チ一見第1例ニ酷似シテ居テ唯程度ガ強イダケノ様ニ思ハレルガ、趣ヲ異ニヘルコトハ體平衡性失調症ガアマリニ強イ事デアル。即チコノ患者ハ歩クコトハ愚カ、立ツ事サヘ出來ズ、坐ル事モ可ナリ困難ナノデアル。耳鼻科ノ人ノ意見デハ兩側ノ前庭神經麻痺ノ際ニハ代償作用ガ起ルノデ、此程強イ失調症ヲ來ス事ハナイ、矢張り小腦ニモ病變アリト考ヘナクテハイケマイト云フ。ソコデ検査ヲ進メテ見ルト、

8) 腦脊髄液。初壓95、其他變化ナシ。唯 \angle 氏反應ガ強陽性デアル。血液ノ \angle 氏反應ハ陰性。9) Stenvers位撮影ニヨル頭蓋ト線像ニテ兩側内聽道口ノ擴大ナシ。10) 腰椎穿刺ニヨル \angle エンツエフアログラフイー \angle ヲ行フニ(注入空氣量 110cc)、側腦室及ビ第 III 腦室ニ異常ヲ認メナイガ、第 IV 腦室ガ著明ニ擴大シテキル(後 \rightarrow 前撮影ニテ)。コノ所見ハ腦室系ノ閉塞性疾患(例ヘバ腫瘍)ニ該當スルモノデハナク、第 IV 腦室周圍組織ノ萎縮性變化ガアツテ、Hydropsus exvacuoノ型デ第 IV 腦室ガ擴大シタモノト考ヘルノガ最も妥當デアル。即チコノハ小腦病變ノ形態學的據所ヲ得タ譯デアル。

要之コノ例ハ第1例ト異ツテ腦脊髄液ノ \angle 氏反應陽性ナル點ヨリシテ微毒性而モ先天微毒性疾患ト考ヘラレル。即チ兩側デ Cisterna lateralis 部ノ腦神經特ニ聽神經(コノ神經ガ先天微毒症デ侵サレ易イコトハ周知ノ通りデアル)及ビ第 IV 腦室周圍組織ノ微毒性變化ヲ起シテキルモノト考ヘラレル。コノ2ツノ變化ヲ連續的病變トシテ説明スルニハ Cisterna lateralis 部ノ病變ガソコニ開口シテキル Luschka 氏孔ヲ經テ第 IV 腦室ヘ波及シタト考ヘレバヨイ。ソシテ第 IV 腦室ノ天井ヲ形成スル小腦蟲部組織ヲ侵シテ、前庭神經障碍ダケデハ説明シ切レナイ失調症ノ因ヲツクツタト考ヘル。 \angle エンツエフアログラフイー \angle ノ所見ガコノ想定ヲ根據ヅケルコトハ前述ノ如クデアル。

本例ハ先天微毒性ナル點デ他ノ例トハ原因的ニ異ルガ、併シ病變ノ部位及ビ狀態ハ略同様デアルト思フ。

要之今吾々ガ問題ニシテ居ル様ナ症候群ヲ呈スルモノハ微毒性デモアリ得ルノデアル。

第3例 細〇三〇、16歳、女(昭和14年19/IV外來診察)

現病歴: 11—12歳ノ頃(4—5年前)學校ニテ遊戯中硬 \angle ボール \angle ガ脊中ニ當ツタ。其時ニハ大シタ事ハナカツタガ、其後登校ノ際ニ歩イテ居ルト足ガ \angle シビレ \angle テ來テ倒レル事ガアツタ。且ツ次第ニ兩側ノ難聴、耳鳴ヲ來ス様ニナツタ。難聴ハ次第ニ増悪スル。本年1月始(約4ヶ月前)ニ聲ガ出難ク且ツ眼ガ霞ンダ事ガアル。手足ノ力ガナクナツテ歩クトスグ疲勞スル。頭痛、惡心、嘔吐ハ時日ハ記憶シナイガー寸アツタ事ガアル様デアル。月經ハ順調。

現症: 1) 兩側ニ高度ノ難聴アリテ會話不可能デアル。2) 兩側嗅覺障碍、右顔面神經上枝ノ不全麻痺アリ。眼球震盪ハナイ。視力障碍モナイ。3) 上肢ニハ運動失調症ナシ。4) 下肢ニハ兩側ニ極ク輕度ノ腓骨神

經麻痺アリ。Romberg (+), 兩側トモ一足ニテモ起立不可能(眼ヲ開イテモ)。歩行多少蹣跚。兩側トモ膝踵検査失調性。5) 頭蓋レ線像ニハ異常ナシ。

此例ハ外來デ一度診タキリデ、腦脊髄液其他詳シイ事ハ不明デアル。併シ病像ハ第1例ニ似テキル。唯程度ガ輕イダケデアル。腦脊髄液ノワ氏反應ヲ檢シ得ナカツタ事ハ遺憾デアル。

結語：以上3例ニツイテ述ベタ事ハ、

1) 兩側性ノ i) 強イ聽神經障礙 ii) 隣接腦神經ノ輕度ノ麻痺 iii) 失調症(前庭神經性時ニハ加之小腦性)ヨリ成ル症候群ガアル。2) 之ハ兩側 Cisterna lateralis ノ蜘蛛膜炎(多發性腦神經炎)ニヨルモノト思フ(但シ確證ヲ缺ク)。病變ガ第IV腦室ヘ波及スルコトアリ。3) コノ症候群ハ微瘡ニ因ツテモ起ルコトガアル。4) 又一側性ノ所謂蜘蛛膜炎(多發性腦神經炎)ガ原因不明ノ感染デ起ルノト同ジ不明ノ原因ニヨツテ起ルコトモアル。5) コノ報告シタ3例ハすべて腦壓充進ヲ伴ハズ。6) 3例トモ偶然カ若年ノ婦人ニ來テキル。7) 後頭蓋窩腫瘍ノ鑑別診斷上コノ症候群ノ存在ヲ顧慮スル必要ガアル(鑑別點ハ腦壓充進ナキ事)。

Chondrodystrophia foetalis ノ患者供覽

吉 岡 忠 夫 (京都外科集談會昭和14年6月例會所演)

Chondrodystrophia foetalis ハ先天性ニ軀幹ト四肢ノ間ニ強イ不均衡ノアルモノデアツテ四肢ハ著明ニ短小デアルニ反シ軀幹ハ略正常ニ近イモノデアル。

コノ病變ノ本態ニ就テハ猶不明ノ點ガ多イガ、要スルニ骨ノ長徑發育ノ障礙デアル。即チ軟骨内化骨機轉(enochondrale Ossifikation)ハ常ニ障礙サテ居ルガ骨膜性化骨(perosteale Ossifikation)ハ障礙セラレルコトガナイ。

Kaufmannニ依レバ 1) 骨端線ニ於ケル軟骨細胞ノ發育障礙及早期ニ於ケル化骨抑制—Chondrodystrophia hypoplastica, 2) 軟骨ノ軟化及ソノ化骨ノ不規則性—Chondrodystrophia malacia, 3) 軟骨細胞ノ増殖及ソノ化骨抑制—Chondrodystrophia hyperplastica ノ3型ニ區別サルモ、コノ間ノ移行型、混合型ハ多數ニミラレル。

患者：22歳，女（大正7年9/Ⅺ日生）

既往症：滿期安産，母乳榮養，歩行ハ6歳ヨリハジメテ可能ニナツタ。

遺傳歴：父母共ニ身長ハ普通人ヨリ稍々低イ。兄弟ニ患者ノ如ク體格ノ不均衡ナモノハナイ。

現病歴：生來身長ガ大ヘン短カク，體格ガ不均衡デアル。

現症：身長ハ著明ニ小，軀幹部ハ長ク，四肢ハ著明ニ短小ナルニ比シ頭ハ大，ソレ故一見福助ノ如ク見エル。鼻根部ニ陷沒ス。顔面ニ浮腫ハナイ。皮下脂肪ハ厚シ。舌ハ大ナラズ。齒牙ノ發育正常。口蓋弓ハ高イ。頸部ハ太ク短イ。胸部ニハ念珠ハナイ。腹部ハ大，隆起ス。腰椎ニハ前彎ツヨク，臀部ハ後ニ突出ス。四肢ハ短ク，大腿及上膊下腿及前膊ニ比シ短シ。指ハ太ク短ク，手ハ四角形デ中指ト環指ノ間ガ開ク，毛髮ハ普通ニ發育シ，外陰部ノ發育ハ略正常デアル。

血液所見：赤血球數 350萬，血色素量 56% (ザーリ)，白血球數 8,200，中性多核白血球 65%，エオジノ嗜好性細胞 2%，鹽基嗜好性細胞 1%，淋巴球 24%，單核及移行型 9%。

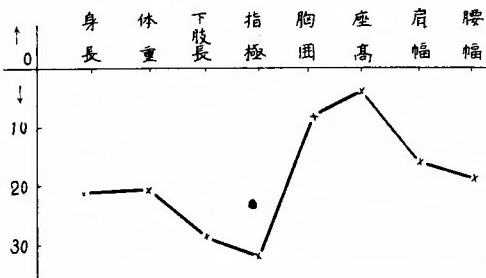
計 測 表

第 1 表

	正 常 値	患 者	差	%
身 長	149.2	116.2	-33.0	-22.1
體 重	47.6	37.7	- 9.9	-20.8
下 肢 長	76.2	54.6	-21.6	-28.3
指 極	146.6	99.4	-47.2	-32.2
胸 圍	78.7	71.7	- 7.0	- 8.9
坐 高	82.8	78.8	- 4.0	- 4.8
肩 幅	33.7	28.4	- 5.3	-15.7
腰 幅	26.8	21.6	- 5.2	-19.4

下肢長，指極ハ著明ニ小ナリ。

第 3 表



明ナル腰椎部ノ前彎ヲ認メル。各椎骨ハ一般ニ高サ(上下徑)ニ比シ前後徑短イ。

ソノ他上膊骨ノ三角筋附着部ハ著明ニ膨隆シ大腿骨頸部ニ於テハ Coxa vara ヲ認メ足ニハ Os tibiale externum ヲ認メル。

第 2 表

	正 常 値	患 者	差
身 長	100	100	
比下肢長	51.1	46.9	- 4.2
比指極	98.3	85.5	-12.8
比胸圍	52.8	62.6	+ 9.8
比坐高	55.4	67.8	+12.4
比肩幅	22.6	24.4	+ 1.8
比腰幅	18.0	18.6	+ 0.6

i) (+)ナルモノハ比胸圍及比坐高(増加著明)及比肩幅，比腰幅(略々正常ニ近シ)。

ii) (-)ナルモノハ比下肢長及比指極ナル。

1) 患者ノ計測値ハすべて正常以下ナリ。

2) 身長，體重，肩幅，腰幅ハ -15.7~-22.1 %ノ間ニアルガ下肢長及指極ハ甚ダ高率ナル低下ヲ示シ(-28.3, -32.2) 上肢及下肢ノ異常ノ短縮ヲ示ス。之ニ反シテ胸圍及坐高ハ正常値ニ接近シテ居ルヲ見ル。

即チ胸ガ長クテ手足ノ短イノヲ如實ニ示シテキル。レ線検査ヲ行フニ四肢骨ハ極メテ短小，彎曲シ，骨端部ハ擴大シ不恰好ナル形ヲ呈スル。脊椎ハ胸椎部ニ輕度ノ側彎，胸腰椎移行部ノ後彎及著

急性脊髓硬膜外膿瘍ノ2例

荻 坂 直 彦 (京都外科集談會昭和14年6月例會所演)

第1例 患者：菊○和○，13歳ノ女(昭和10年27/VIII入院)

入院前25日突然發熱，兩側腎臟部ニ激痛ヲ來シ，發病後9日目ニ尿閉，10日目ニ兩下肢ノ弛緩性麻痺ヲ來セリ。發病後15日目ニ第XII胸椎，第I腰椎部ニ有痛性腫脹ヲ來シ，腰椎穿刺ヲ受ケ，先ヅ膿ガ證明セラレ，更ニ針ヲ深く刺シ透明ナル腦脊髄液ヲ得。硬膜外ニ膿瘍ノ存在スルコトガ明ラカニサレ入院。手術ニヨリ脊髄硬膜外膿瘍ト確認サレタル症例ナリ。椎骨弓切除，排膿ニヨリ漸次下熱セルモ第XII胸髓節以下ノ横斷麻痺ヲ殘セルマ、5ヶ月後退院セリ。發病後2ヶ月目椎骨レ線像ヲ檢シタルモ術前同様變化ヲ認メザリキ。退院後3年8ヶ月ヲ經タル今日，下半身ノ運動障礙，知覺麻痺，膀胱直腸麻痺等依然存在シ，横臥シタルマ、尙生存セリ。

第2例 患者：尾○信○，17歳ノ男子(昭和14年10/V入院)

入院前17日即チ4月24日右腰部ニ痛ヲ生ジ切開ヲ受ケタリ。4月30日突然背部ニ激痛ヲ來シ同時ニ發熱，5月4日ヨリ尿閉，兩下肢ノ運動障礙ヲ來シ，5月9日ニ背部兩肩胛骨間ニ有痛性腫脹ヲ來シ同時ニ高熱，下半身麻痺ヲ來シ入院セリ。第III, IV胸椎兩側ニ膿瘍ガアリ，第III胸髓以下ノ横斷麻痺，貧血，白血球增多，膀胱炎ガ證明セラレタリ。椎骨レ線像ニ變化ナク，腰椎穿刺，後頭下穿刺ニヨリ腦脊髄液ニハ著變ヲ認メズ。硬膜外膿瘍ノ診斷ノモトニ手術。膿瘍ハ兩側背面筋中ニアリ椎弓間隙ヨリ硬膜外腔ニ續キ，更ニ椎間孔ヲ通

ジテ左後肋膜腔ニ擴ガレルヲ確認セリ。椎弓切除ノ際骨組織ニハ變化ナク、硬膜ニハ充血浮腫ヲ認メタリ。左第 IV, V, VI 肋骨切除ヲナシ排膿セルモ、左滲出液性肋膜炎ヲ併發、呼吸筋麻痺ニヨリ呼吸困難ノ爲術後9日目迄ヒニ鬼籍ニ入リタリ。

2例共ニ病原菌ハ黃色葡萄球菌ニシテ腦膜炎ノ所見ナク、マタ手術所見及ビ線検査ニヨリ脊椎骨椎體、椎弓、棘狀突起ノ骨髓炎ナラザリシ事ヲ詳細ニ述ブ。此2例ハ淋巴系或ハ血行系ニヨリ病原菌ガ硬膜外腔ニ轉移ヲ來セル急性脊椎硬膜外膿瘍ニシテ硬膜外腔ニ原發セル膿瘍ナリ。骨髓炎ヨリ二次的ニ發生セル硬膜外膿瘍ナラザル事ヲ強調シ、更ニ從來記載サレシ椎弓或ハ棘狀突起ノ一次性骨髓炎ガ事實存在スルモノカ否カ、轉移性硬膜外膿瘍ノ存在ヲ念頭ニ置カザリシガ故ニ脊椎弓ニ無實ノ罪ヲ負ハセルモノニハ非ザルヤ、カナル疑義ヲ持ツニ至レル所以ヲ述ベタリ。

マタ此ノ疾患ニ見ル横斷麻痺ガ如何ナル機構ニヨリ現ハレルモノカ、是ハ壓迫性脊髄麻痺ニヨルモノニアラズ、脊髄炎ニヨルモノナリ。即チ Froin 氏徴候群ナキ事、強直性麻痺ニ非ズ弛緩性麻痺ナル事、Brown-Sequard 氏半側麻痺其他脊髄ノ部分的障礙ヲ呈セズ、最初ヨリ横斷麻痺ノ形ニテ現ハレル事、症狀ガ一定時日持續スレバ排膿手術ニヨリ麻痺ハ恢復セザル事等ニヨリ壓迫性脊髄麻痺ニ非ズ。1938年 Oldberg 氏が當大學舟岡教授ノ研究ヲ引用説明セリ。即チ末梢神經ニ色素ヲ注射スレバ、ソレハ神經鞘ヲ通り中樞神經系統ニ逕バレ、蜘蛛膜下層、軟腦膜ニ沈着スルモノナリ。故ニ硬膜外膿瘍ニテ脊髄神經ガ膿瘍ノ中ニ浸サレテ居レバ、細菌毒素ハ當然其ノ神經鞘ヲ通り脊髄ニ達シ、非感染性毒素性脊髄炎ヲ起スモノナラント、容易ニ首肯サレ得ル處ナリ。此ノ毒素性脊髄炎ニヨリ急速ニ横斷麻痺ヲ來スモノニシテ、殊ニ腦脊髄液ニ變化ナキコト即チ脊髄膜炎ノナキコト及ビ脊髄麻痺ノ上界ガ硬膜外膿瘍ノ上界ト略一致スル事ハ脊髄神經ヲ經テ脊髄ガ毒素性ニオカサレルト推論スルニ有力ナル據所ヲ提供スルモノナリ(詳細ハ後日發表ノ豫定ナリ)。

瀑狀胃ノ手術例

森 欣 一 (京都外科集談會昭和14年6月例會所演)

患者: 55歳, 女

主訴: 心窩部膨滿感及ビ鈍痛

現病歴: 昭和13年6月頃ヨリ食事直後、心窩部ニ膨滿感及ビ鈍痛ヲ來シ、安靜横臥又ハ胃部ヲ壓スルコトニヨリ苦痛ハ消失シテ居タガ、同年10月頃ヨリハ膨滿感が強クナリ、時々過食ノ後ニハ指デ自カラ嘔吐ヲシテ苦痛ヲ除クコトガアツタ。吐物ハ食物殘滓ノミデ珈琲殘滓様物、血液等ヲ混ゼル様ナコトハナイ。ソノ後ハ粥食ヲ主トシ且ツ少量攝取シテ居ル爲ニ苦痛ハ無カツタガ、稍々多量ヲ取ルト必ズ上述ノ苦痛ガ現ハレル際ハ特ニ腹位ヲトルト苦痛ハ輕減消失スル。苦痛發現ハ食物ノ種類ニハ關係ナシ。發病以來症狀ガ増悪シタ様ニハ思ハレズ、痼痛、黃疸、發熱、搔痒感等ヲ來シタコトハナイ。便通ハ秘結ニ傾キ4~5日ニ1回。食慾、睡眠共ニ良好。昨年6月來4Kg 瘦セタ。

既往歴: 7歳ノ頃カラ時々腹部ニ痼痛ガアツタガ黃疸等ヲ來シタコトハナク、ソノ後10年間デ何時トハナシニ腹痛ハ消失シタ。大正15年(14年前) 子宮筋腫ノ手術ヲ受ケタ。昭和11年6月今回ト同様ノ症狀ガアリ、手術ニヨツテ小腸癒着ノ剝離術ヲ受ケテソノ後2年間即チ今回ノ發病マデハ全く苦痛ガナカツタ。

現病歴: 一般所見: 體格中等、榮養稍々衰へ、皮膚及ビ可視粘膜ニ輕度ノ貧血ヲ認ム。眼結膜ノ黃變ヲ認メズ。頸部淋巴腺腫脹ナク肺、心ニ異常ヲ認メズ。

局處所見: 腹部ハ一般ニ膨滿モ陷凹モセズ正中線デ臍ノ上部ニ5cm 長ノ手術痕アル他ニハ靜脈怒張、蠕動不穩、腹壁緊張等ヲ認メズ。臍ノ左上2横指ノ所デ深部ニ約胡桃大ノ稍々硬イ即チククリクリシタ腫瘤ヲ觸レル。壓痛ナク後腹膜ヨリ移動セズ。臍ノ周圍ニ輕度ノ壓痛ガアルガ、其他ニハ異常所見ナシ。

尿所見: 蛋白、糖、 γ -ウロビリリン¹、 γ -ウロビリノーゲン¹スベテ陰性。

血液所見: 赤血球數 464萬、血色素量 72% (ザーリー)、白血球數 10320、中性多核白血球 78%。ワ氏反應、高田氏反應共ニ陰性。

胃液所見：背臥位デハ胃液ハ採取スルコトガ出来ナカツタノデ、腹臥位デ胃_Lゾンデヲ嚥下セテ所、採取シ得タ。前液ニハ食物残渣ナク、後液ハ總テ酸性、遊離鹽酸ヲ證明シ全液ニ血液ヲ認メズ。總酸度最高50、即チ胃酸過多症デモ無酸デモナイ。

レ線検査：胃ハ所謂濕狀胃(Kaskadenmagen)ノ形ヲ示シテ居ルガ、胃自體ニハ潰瘍、腫瘍、硬結等ヲ見ズ。唯ダ胃竇部小彎ハ直線の周縁ヲ示シ、之ハ胃周囲炎ニ由來スルモノデアル。十二指腸起始部ニ於テモ、狭窄ハ無ク、又粘膜皺襞モ完全ニ保全サレテ居ルガソノ外景ハ稍々不正デアリコレモ癒着ニ因ルト考ヘラレル。

診断：濕狀胃、然モ胃、十二指腸周囲ニ癒着ノアル點ヨリ此レハ癒着ニ由來スルモノト診斷サル。

手術：劍狀突起ヨリ臍マデノ正中切開デ開腹、大網膜ハ一部體壁腹膜ト癒着シ、又横行結腸、小腸、大網膜ハ互ニ纖維素性ニ癒着ス。胃底部ヲ除キソノ他ノ小彎側ハ肝ノ下面ト廣ク且ツ強ク癒着固定サレ、胃大彎ハ胃結腸靱帶ガ萎縮シテ横行結腸ト共ニ後且上方ニ牽引サレテ居ル。幽門部ニ近ク大彎側ニ索狀ノ癒着ガアル。膽嚢ハ十二指腸前面ニ癒着シ、十二指腸ノ周囲ニモ纖維素性ノ癒着ガアル。然シ胃自體ニハ何等ノ病變即チ潰瘍、癌、硬結等ハ無イ。膀胱頭部ハ幽門部ト癒着シ硬サハ尋常デアルガ尾部ハ稍々大キク鶏卵大デ彈性硬、術前觸レタ腫瘤ニ相當スル。即チ胃ハ胃周囲炎ノ爲ニ小彎側ガ肝下面ニ固定サレテ小彎ノ展開ガ不可能トナリ、胃底部ト胃體トノ間ニ Falte ヲ生ジ、更ニ此ノ Falte ガ胃底部内容ノ流出ヲ妨ゲ且ツ胃底部ノ擴大ヲ惹起シ、茲ニ濕狀胃ヲ形成シタモノデアルコトガ判明シタ。猶肝臓ハ大イサ、色、硬度共ニ尋常デアルガ總膽管ハ著シク擴大シ中ニ3個ノ膽石ヲ觸レ、ソノ大ナルモノハ大豆大デ、此等ハ膽管カラヨク移動シ、閉塞スル傾向ヲ認メ得ナイ。

胃ヲ周圍組織ヨリ鈍性ニ出来得ル限り剝離シタガ、結腸間膜ガ萎縮シテ横行結腸ハ後方ニ牽引サレテ居タノデトライツ氏靱帶ヨリ40cmノ部ノ空腸ト胃底部後壁トノ間ニ吻合ヲ造設(前結腸胃後壁胃空腸吻合術)シ、胃底部ニ潑溜スル内容物ヲ背臥位ニ於テモ排出セシメ得ル様ニ計ツタ。

術後経過：順調、第1期癒合、術後10日目は稍々多量ニ粥食ヲツツタ所食後時々輕イ膨滿感ガ心窩部ニ現ハレタガ術前ニ比シテ輕ク術前ニ存在シタ鈍痛ハ來サズ。此ノ膨滿感ハ側臥位ニテハ變化セズ。背臥位ガー番樂デ約1時間乃至1時間半デ苦痛ハ消失シタ(不快感ノアリシハ此ノ1回ノミ)。

術後レ線検査：濕狀胃ハ術前ニ比シテ正常ノ形ニ接近ス。即チ胃底部ノ造影劑ハ容易ニ通過シテ胃體、幽門前庭ヘト進入ヘルノデ胃腸吻合ヨリノ内容通過ハ幽門部ノ通過ヨリモ遅レテ發現スル。即チ胃ノ周圍癒着ノ剝離ガ濕狀胃ノ消失ニ役立つタノデアル。

考察：1) 本例ハ濕狀胃デアルガ食後ノ膨滿感ガ、腹臥位ニテ輕快消失シ、又胃液採集モ腹臥位デ_Lゾンデヲ嚥マサナイト採取出来ナイ。換言スレバ腹臥位デナイト_Lゾンデ₁ガ胃體ニ入ラナイ。此ノ事實ハ濕狀胃特有ノ臨床的所見デナケレバナラナイ。

2) 濕狀胃ガ鼓腸等偶發の原因ニヨル場合ニハソノ原因ヲ除去スレバ消失スルノハ當然デアル。然シ又濕狀胃ハソノ他器質的變化ニ原因スル。即チ潰瘍トカ或ハ本例ノ如ク單ナル胃周囲癒着ニヨリ惹起シ得ルガ、斯カル際腹臥位ハ苦痛ヲ輕減スルモ姑息的療法ニ過ギズ、其ノ原因トナル根本疾患ヲ除去スベキデアル。然シ本例ノ如ク單ナル胃周囲炎ニヨルモノデハ癒着ヲ剝離スルモ又後日癒着ガ來ル可キデアル。ソレ故本例ニ於テハ胃底部ノ Drainage 即チ胃空腸吻合術ヲ胃後壁高位ニ附シタノデアル。術後濕狀胃ノ形態ガ消失シタノハ癒着剝離ノタメト胃後壁ニ設置サレタ吻合ニヨツテ胃後壁ガ後方ニ牽引サレタタメデアル。即チ濕狀胃ノ際胃底、胃體間ニ生ズベキ Falte ノ下方ノ胃體後壁ヲ後下方ニ牽引スレバ Falte ノ形成ハ妨ゲラレ濕狀胃ノ再形成ヲ防止シ得タノデアル。

3) 胃周囲癒着形成ノ大部分ハ、胃潰瘍、十二指腸潰瘍ノ隨作的ニ或ハ後遺的ニ來タルモ、

ソノ他膽囊炎、脾臓炎、蟲様突起炎、腹膜炎等ノ時ニモ見ラレ、又開腹術後假令ソレガ下腹部ノ開腹デアラウトモ上腹部ニ癒着ガ惹起セラレルコトガアル。

本例ニ於テハ潰瘍ハ存在セズ 膽石症及ビ慢性脾臓炎ガ存在シテ居ツタ。即チ本症例ニ於テハ以前2回下腹部ニ手術ヲ受ケタコトガ原因ヲナストモ考ヘラレヌコトモナイガ膽石症ガ原因デアツテソノ爲ニ一方慢性脾臓炎ヲ起シ、他方デハ十二指腸周圍炎及ビ胃周圍炎ヲ惹起シタノデハナカラウカト推測スルノデアツテ原因除去ノ爲ニ是非トモ 膽石症ノ手術ヲ行ハナケレバナラナイト考ヘル。

胃癌ヲ思ハセタル内發性胃滑平筋腫

市 川 博 信 (京都外科集談會昭和14年6月例會所演)

患者：香〇ハ〇，58歳，農婦（昭和14年11/Ⅳ入院）

主訴：心窩部不快感及ビ右季肋部腫痛

現在症：1 昨年10月頃ヨリ嘔氣，嘈雜アリ。又夜間食物攝取ト關係ナク，臍上部ニ膨滿感ヲ來タシ，放屁ト共ニ消退スルコト屢マナリキ。昨年2月中旬，誘因ト思ハルハコトナクシテ，午後2時頃，輕度ノ心窩痛ト共ニ，食物殘渣ヲ嘔吐シ，引續キ2日，胆汁様水液ノ嘔吐アリ，其際吐物ニ赤色乃至黑色物ノ混在ヲ認メザリシモ，大便ハ黑色ヲ呈セリ。此ノ狀態ハ4日間續キタルモ，内科の治療ヲ受ケ，安靜ヲ保チテ恢復セリ。

本年2月下旬，夜間臍上部殊ニ右季肋部ニ異物感アリ，此度ハ放屁アルモ消退セズ。更ニ心窩部及ビ右季肋部ノ不快感ヲ伴フ。近來嘔吐ハナキモ惡心頻々タリ。食慾，睡眠可良，便秘2日ニ1行，大便ハ現在デハ黑色ナラズ。當初ヨリ皮膚ノ黃色トナリシコトナシト云フ。

前病歴：生來頑健ニシテ著患ヲ知ラズ。分娩5回，毎回満期安産。月經順調ナルモ，42歳ニ閉止シ，爾來異常分泌物ナシ。

遺傳關係：父ガ氣管支喘息症ニテ72歳ニ死亡セシ外ニ特記スベキコトナシ。

一般所見：體格中等，營養少シク低下ス。皮膚蒼白ニシテ，可成著明ナル貧血狀ヲ呈ス。黃疸ヲ認メズ。顔面少シク苦惱狀ヲ呈ス。

腹部所見：一般ニ陷沒ス。腹部皮下靜脈ノ怒張，蠕動不安ヲ認メズ。右季肋部ニ雞卵大ノ膨隆アリ，呼吸運動ト共ニ上下ニ往復移動ス。膨隆部ノ皮膚ニ局所的溫度上昇ナシ。膨隆ニ一致シテ腫痛ヲ觸ル。一般ニ彈力性硬ニシテ，表面粗大ナル凸凹ヲ呈シ，下部ニ少シク壓痛アリ。大サ雞卵大ニシテ，可動性ナルモ呼吸運動ヨリ固定可能ナリ。腫瘤部觸診中攪水管ヲ開キ，惡心ヲ訴ヘ又ハ嘔氣アリ。肝臓下緣ハ右肋骨弓直下ニ觸ル，硬度大ナラズ。脾，腎ヲ觸知セズ。肛門内觸診上異狀ヲ認メズ。

血液検査(11/Ⅳ)：赤血球數 370萬，血色素量 49% (ザーリー)，白血球數 5400，白血球種別%ニ著變ナシ。

胃液検査(12/Ⅳ)：酸性ニシテ，遊離鹽酸，總酸度共ニ増大シ，後液ノ30分以降ニ肉眼的ニモ反應上ニモ血液ヲ證明ス。

上線検査所見：腫瘤ハ幽門部ニ存在シ，主トシテ小彎側ニ位置スルモ，内腔ヘ球狀ニ膨出シ，幽門ノ通過ヲ障碍ス。

以上ノ所見ヨリ幽門部癌腫ノ診斷ノ下ニ開腹シ胃切除並ビニ，胃空腸吻合ヲ施行セルモ，別出標本ニ就キテ組織學的檢索ヲ行ヒタルニ，癌腫ニハ非ズシテ滑平筋腫ナルコトヲ知リタリ。

別出標本：腫瘤ハ幽門ニ近ク小彎側ヨリ出デ内腔ニ球狀ニ凸出シ，7×7種ノ直徑ヲ有ス。頂部ハ盃狀ニ陷凹シ，内面粗大ニ凹凸シ，所々出血部ヲ認ム。胃トノ附着部ハ直徑約4種ノ短莖ヲ爲セリ（詳細ハ後日發表ノ豫定ナリ）。

慢性便秘症例

金澤紀四五郎（京都外科集談會昭和14年6月例會所演）

患者：村○か○，25歳，女子（未婚）（昭和14年20/V入院）

主訴：便秘

現病歴：生後肛門ハ缺如シ，糞便ハ腔ヨリ僅少宛排出セラレ居タリ。●放置セシ所次第ニ下腹部ガ膨滿シ來リ16歳，即チ約9年前本院ニテ鎖肛，直腸腔瘻及ビ巨大結腸症ノ診斷ノ下ニ會陰部肛門造設術及ビS狀結腸ノ部分切除術ヲ行ハレタリ。其際結腸ハ直徑約10糎ニ擴大シ，同時ニ腸壁肥厚ガ認メラレタリ。斷端ハ側末端吻合術ヲ行ヘリ。術後猶便秘ハ去ラズ，便通ハ2ヶ月ニ1行ニシテ而カモ排便量少ク腹部全汎ガ膨滿シ入院20日前ヨリ會陰部ニ放散スル疼痛ヲ來スニ至レリ。然シ「ガス」排出ハアリテ惡心，嘔吐ハ無シ。食嗜良好。

既往歴，家族歴ニ特記スベキモノ無シ。

現症：全身所見；體格中等，榮養良，皮膚少シク蒼白，胸部内臓ニハ病的所見ヲ認メズ。

局所所見（入院時）；腹部ハ強ク膨滿セルモ蠕動不穩，靜脈怒張及ビ皮膚ノ異常着色ヲ見ズ。臍ヨリ恥骨縫合迄及フ正中切開手術創アリ，左下腹部ニ半球狀表面平滑ノ腫瘤ヲ認ム。何處ニモ溫度上昇ナク，腫瘤ハ粘土狀軟ニシテ境界鮮明ナリ。肝，腎，脾臟ヲ觸レズ。他ニ異狀所見ナシ。肛門ハ閉鎖力全ク無ク哆開シ，ソノ内部ニハ硬キ糞球ヲ觸ル。

血液検査：赤血球 452萬，血色素量 47%（ザーリ），白血球數 5100，著變ヲ認メズ。

藥力學的検査：「アドレナリン」，「ピロカルピン」ニ對シ共ニ陰性。

入院後疏苦投與，高壓浣腸，直腸洗滌ヲ約2週間連日反覆シタルニ腹部ハ陷沒スルニ至レリ。然シ猶ホ下腹部ニ泥狀雞卵大ノ糞塊ハ消失スルニ至ラズ。

レ線検査：人工肛門ハ閉鎖力無ク哆開セル故，經肛の造影劑注腸ハ成功セザルモノト考ヘ經口の造影劑投與ノミニテ検査セリ。胃ハ稍々無力性ニテ内容排出ニ稍々長時間（正常ノ1.5倍位）ヲ要セルモ器質的變化無ク又小腸ノ擴張無シ。結腸ハ唯上行結腸カラ横行結腸ノ中央迄稍々無力性ノ感アリ巨大結腸程度迄ニハ擴大セズ，以下ハ寧ろ強ク收縮セリ。即チ内臓神經領域ニ於ケル結腸ノ無力性アルモノト考ヘラレル。

手術（昭和14年7/VI）：右側副直腹筋切開ニテ腹腔ニ入ルニ少量ノ透明褐色ノ腹水ヲ證明ス。腹膜ハ白色，光澤アリ。胃，十二指腸，小腸ニハ變化無ク，結腸ハ一般ニソノ壁肥厚シ，直徑ハ約5糎ニ及ビ，上行，横行結腸ハ共ニ甚シク移動性ニ富ム。下行結腸ハ移動性少ク，S狀結腸ノ部分ニ1個ノ手拳大ノ袋狀突出物アリ，コノ膨大部及ビソノ周圍漿膜面ハ纖維性膜様物ニテ蔽ハレ周圍ト強ク癒着ス。即チ袋狀物ハ右上方ニ突出シテ長徑15糎，短徑9.5糎ヲ有スル橢圓形ニテ結腸ニ續ク部分ニテ少シク細シ。上縁ニハ下行結腸ヨリ連續セル腸間膜ヲ有ス。先端ハ肝下面ト前面ハ腹膜ト索狀ニ癒着ス。コレ等癒着ヲ剝離スルニ袋狀物ニハ多數ノ糞塊アルヲ知ル。恐ラク此ノ袋狀物ハ先年ノ手術ニテ行ヒタル側端吻合部ニ於ケルS狀結腸ノ斷端ノ擴大セルモノナラント考ヘラル。ヨツテ此ノ袋狀物ヲ根部ヨリ切除ス。

術後経過：術後3日目ヨリ1日2,3回軟便ヲ自然ニ排出。手術創ハ第I期癒合，食嗜，經過共ニ良好。

考察：1) 前回ノ手術ノ時ハ巨大結腸ト診斷サレタル位，結腸ハ巨大デアツタ様デアルガ，今回ハレ線検査ニテモ亦タ手術所見デモ結腸ハ擴大セルモ巨大結腸トハ言ヒ得ザル狀態ナリ。巨大結腸ニハ特發性ノモノト症候的ノモノトガアルガ，本例ハ會ツテハ恐ラク鎖肛ニヨル症候的ノモノデアツタラウ。

2) S狀結腸盲端ハ術前ノレ線検査デハ發見シ得ナカツタ。之ハ盲端内ノ糞塊充滿ノタメ造影劑ハ入ラナカツタメデアル。經肛的ニ検査スレバ或ハ證明シ得タカモ知レナイ。

3) 本例ハS狀結腸盲端内ニ集積シタ糞塊ニヨツテ，盲端ハ漸次擴大シ，更ニ吻合部ヲ壓迫シ所謂瓣狀閉塞ヲ起シ，慢性便秘ヲ來シタモノデアル。

4) S 狀結腸＝盲端ヲ造設スル時ハ糞便ハ吻合口ヲ通ラズニ S 狀結腸ノ生理的道順タル方ヘト進ミ、ソコノ盲端ニテ留マリ、其所ニ糞便ノ蓄積ヲ來ス可キハ當然ナリ。

要之、S 狀結腸デハ端々吻合ヲ行フヲ以テ最良トスル。若シ端側吻合ヲ行フナラバ同側 S 狀結腸ノ切斷ヲ下位ノ S 狀結腸ノ側方ニ吻合スベキデアル。

重篤ナル顔面蜂窩織炎ニ於ケル治驗例

稻 岡 勝 (京都外科集談會昭和14年6月例會所演)

患者：20歳，女（昭和14年5/Ⅵ入院）

主訴：顔面ニ於ケル有痛性腫脹

現病歴：2/Ⅵ，下口唇ニ有痛性腫脹ヲ來シ、3/Ⅵヨリ漸次ニソノ疼痛及ビ大サヲ増加シ、惡寒ト共ニ體溫上昇38°C以上ニ及ブ。5/Ⅵニハ頤下、頬部ヨリ耳下及ビ耳前ニカケ、瀰漫性有痛性腫脹ヲ來スニ至ツタ。

現症：體格大、栄養良好、全身ニ異常ヲ認メズ。

局處所見：顔面左側下半瀰漫性ニ腫脹シ且發赤ス。下唇ノ高度ニ腫脹シ、同所ニ3箇ノ黃色ノ膿栓ヲ認ム。

診斷：顔面蜂窩織炎

經過及ビ處置：5/Ⅵ入院後、炎症ハ下方、左方、上方ヘト急速ニ進展スル傾向強ク、發病後第6日ニ於テ流血中ヨリ黃色葡萄狀球菌ヲ培養シ得タ。茲ニ於テ、局所ノ緊張除去並ビニ病竈ヲ全循環系統ヨリ可及的遮斷スルノ目的ヲ以テ比較的早期ニ、病變ノ健康部ヘ移行スルところニ Bovie 氏電氣燒灼器ニヨル切開(3回)ヲ行ツタ。即チ 1) 左下顎角ヨリ下顎線ニ沿ヒ、約5cmノ切開(發病後第6日)、2) 左頤下ニ2cmノ切開(發病後第6日)、3) 左眼内眥ノ下方1cmノ點ヲ中心ニ、内上方ヨリ外下方ニ向フ約2cmノ切開(發病後第7日)、4) 顴骨弓ノ中央ヨリ前下方ニ向ヒ、3cmノ切開(發病後第7日)。以上ノ切開ハ何レモ骨ニ至ル迄加ヘタ。5) 左右略對稱性ニ胸鎖乳頭筋ノ前線ニ沿ヒソノ胸骨附着部位ヨリ上方ヘ約5cmノ切開ヲ切ヘ、筋肉及ビ總頸靜脈ヲソノ周圍ヨリ鈍性ニ剝離シタ(發病後第9日)。切開ヲ加ヘタル時ハ膿汁ハ全ク無ク、又タ出血モシナカツタ。コレヲ切開ニヨツテ、炎症ノ進展ハソノ都度著明ニ停止シ、眼局性トナリ、發病後11日目頃ヨリ切開創ヨリ濃厚ナル膿汁ヲ排泄スルニ至リ、全身症狀モ漸ク回復ノ兆ヲ認メタ。

考察：一般ニ顔面「カルブンケル」從ツテ蜂窩織炎ハ顔面ニオケル特殊ナル解剖的關係、即チ靜脈系ノ特ニ吻合多キ事及ビ多數ノ顔面筋肉ノ收縮ニヨリ菌ノ傳播ヲ助クル事等ニヨリ重篤ナル結果ヲ短時間内ニ來スノガ常デアル。即チ内眥靜脈、眼靜脈ニヨリ、靜脈竇ニ通ジ、靜脈竇炎、腦膜炎ヲ惹起シ、一方頤下及ビ前顔面靜脈ニヨリ容易ニ心臟ニ至ル。又頤下、顎下ノ組織間隙、頸部血管ノ周圍間隙ヨリ縱隔竇ニ擴大シ、又口底蜂窩織炎、ルドウイツチ氏「リングーナ」頸部深在性蜂窩織炎ヲ惹起スル可能性モアル。

コノ症例ニ於テハ美容上ノ顧慮ヲ捨テテ、比較的早期ニ切開ヲ施セルタメ、炎症ノ急速ナル進展ニ對スル緊張除去ノ意味以外ニ、Bovieニヨル切開ヲ骨ニ迄加フル事ニヨリ、前顔面靜脈及ビ之ト内眥靜脈トノ吻合枝、及ビ顔面橫靜脈、頤下靜脈ヲ遮斷スル事ニヨリ可及的炎性病竈ヲ全循環ヨリ遮斷スル事ガ出來タ事ニ意義ガ認メラレル。

顔面蜂窩織炎ニ際シ、之等ノ諸靜脈ノ結紮ヲ提唱スル人アルモ、本例ノ如ク炎性腫脹高度ノモノニ對シテハ、煩ハシキ手技ヲ要スル結紮ヲ行フヨリハ却ツテ靜脈ヲ切斷ヲ行フ方が合理的デアル。